

Parir en casa, parir en el hospital. Algunas dimensiones para el análisis de los lugares del parto

Belén Castrillo

Centro Interdisciplinario de Metodología de las Ciencias Sociales. Instituto de Investigaciones en Humanidades y Ciencias Sociales (UNLP-CONICET)
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Universidad Nacional de La Plata
belen.castrillo@hotmail.com
Argentina

Cita sugerida: Castrillo, B. (2015). Parir en casa, parir en el hospital. Algunas dimensiones para el análisis de los lugares del parto. *Geograficando*, 11 (2). Recuperado de:
<http://www.geograficando.fahce.unlp.edu.ar/article/view/Geov11n02a02>

Resumen

En una investigación doctoral sobre la intervención médica en el proceso de embarazo, parto y puerperio, resulta relevante preguntarnos por la espacialidad del parto, de su atención/asistencia, por los actores involucrados y por las dinámicas diversas que generan y son generadas por los distintos lugares en los que sucede. En estas líneas reflexionaremos sobre los lugares del parto, poniendo el énfasis en el que propone e impone el modelo médico hegemónico en salud, el hospital, y la "alternativa" que supone el parto en casa, retomando los aportes de la perspectiva geográfica.

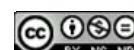
Palabras clave: Parto; Hospital; Hogar

To give birth at home, to give birth at a hospital. Some dimensions for the analysis if the places to give birth

Abstract

In a doctoral research on medical intervention about pregnancy, childbirth and postpartum period, we consider relevant to wonder about the spatiality of the child birth, its assistance, the participants and the different dynamics that generates and are generated by the different places in which the child birth happens. In the following lines, we will reflect on the places of the child birth moment, emphasizing on the one suggested and imposed by the hegemonic medical model in Health, the hospital and the alternative of home birth, taking into account the geographic perspective.

Keywords: Give birth; Hospital; Home



Introducción¹

En una investigación² sobre la intervención médica en el proceso de embarazo, parto y puerperio, resulta relevante preguntarnos por la espacialidad del parto, de su atención/asistencia, por los actores involucrados y por las dinámicas diversas que generan y son generadas por los distintos lugares en los que sucede. En estas líneas reflexionaremos sobre los lugares del parto, poniendo el énfasis en el que propone e impone el modelo médico hegemónico en salud, el hospital, y la “alternativa”, que supone el parto en casa. Siendo que se trata de una investigación en el marco de las ciencias sociales y, más específicamente, desde una perspectiva sociológica, aquí se busca presentar algunas dimensiones para el análisis de estos lugares del parto desde la perspectiva geográfica, marcando aportes que esta mirada puede generar para una comprensión mayor del fenómeno. Se ubica, así, en el área específica de los estudios de la geografía de la salud (Rojas, 1998; Jori, 2013; Pickenhayn, 1999; Ramírez, 2004) que, si bien se han centrado en el análisis de los determinantes sociales del proceso salud/enfermedad, presentan líneas de análisis en torno a la atención en salud desde la perspectiva geográfica.

Para cumplir con el objetivo propuesto, partimos del consenso bibliográfico (Castrillo, 2014) que sostiene que el proceso de institucionalización de la atención del embarazo, parto y puerperio comienza a principios del siglo pasado cuando pasó a ser un acto sanitario-hospitalario, homogéneo, estandarizado, controlado y regulado por el personal de salud, con un aumento del uso de la tecnología en el marco de un proceso simultáneo de medicalización. Este doble proceso de institucionalización-medicalización encuentra su origen, según Camacaro Cuevas (2008), en dos ocurrencias históricas que impactan en la vida reproductiva de las mujeres: la trastocación de los protagonismos provocada porque la atención médico-obstétrica pasó de manos de las parteras a manos de profesionales médicos y el concomitante traslado de los partos del hogar a los hospitales. Se desplaza a las parteras de la escena del parto e ingresan los médicos en un proceso de institucionalización del sistema sanitario. Entonces, teniendo en cuenta que dicho doble proceso se relaciona con los cambios de espacialidades en los que ocurren los nacimientos y, que a partir de estos, es necesario comprender la intervención médica en el proceso de parto, la pregunta por los lugares del parto es de suma importancia para la investigación que desarrollamos³.

Espacio, lugar, territorio: el parto como problema multiescalar

Si toda práctica humana tiene una dimensión espacial, el origen mismo de la humanidad también la tiene. El parto y el nacimiento producen, reproducen y son producidos por espacialidades, como localizaciones apropiadas, que implican cierta identidad. En un análisis histórico, los lugares del parto han ido cambiando en tanto son construcciones socioculturales: del parto en casa, atendido por matronas, los cambios culturales, científicos, económicos y políticos han generado el traslado al hospital. Pensado como una “solución espacial”, en tanto configuración cultural específica, legitimidad de la institución sanitaria como la espacialidad hegemónica para la ocurrencia y para la atención del parto, se instaura en nuestro país en respuesta a necesidades poblacionistas de principios del siglo

XX, en relación con problemáticas eugénicas y de raza (Nari, 2004)⁴. El objetivo de estos procesos, a su vez, estuvo ligado a disminuir la mortalidad materno-infantil. El hecho es que esta intervención medicalizante, completamente adecuada en casos de embarazos y nacimientos de riesgo, se expandió hasta generalizar una patologización del proceso de parto que naturalizó y legitimó dicha intervención y la rutinización de prácticas innecesarias, en embarazos y en partos sanos y fisiológicamente normales a partir de la hegemonía que procesó el saber-poder médico-científico. Dicha hegemonía, sustentada en la práctica y en el saber científico-médico, está siendo cuestionada por una “vuelta” al parto en casa en los últimos años. Este retorno al “lugar original” del parto (en tanto nuestras abuelas parieron en su hogar) se da como consecuencia de malas experiencias (propias o ajenas de las mujeres) de partos institucionalizados tanto en el sistema de salud público como en el privado.

El hospital como el lugar hegemónico del parto puede ser pensado, en los términos de Raffestin (1993), como un territorio en tanto manifestación espacial del poder que se funda en relaciones sociales: en este caso, en las relaciones de poder que corporaciones médicas y Estados fundan para responder al problema de la nación, a la caída de la natalidad y al aumento de la mortalidad infantil de principio de siglo (Nari, 2004). Asimismo, la casa como “el lugar alternativo” del parto –alternativo en el marco de la hegemonía señalada– también puede pensarse como un territorio, en tanto implica apropiaciones específicas, contexturas, nodos y redes que conforman tramas particulares. Los lugares del parto crean y son creados por relaciones de poder y de contrapoder.

Como propuesta, podemos pensar el hogar y el hospital/clínica como lugares, pues implican una apropiación simbólica, vinculada a la experiencia, a un mundo vivido, son centros de significaciones y de foco de vinculación emocional; podemos pensarlos como un territorio, ya que la apropiación de ese espacio se da desde el ejercicio del poder. Como lugares implican espacios de pertenencia capaces de generar identidades sociales y como territorios suponen luchas, límites, relaciones de dominación y la (re)producción de identidades políticas. Estamos en sintonía, por tanto, con la sugerencia de Lefebvre (1991) de usar de forma híbrida *territorio* y *lugar*, y pensarlos como espacios dominados y apropiados y la efectiva apropiación subjetiva.

Pensar la espacialidad del parto implica, entonces, pensar su multiescalaridad en varios sentidos. Por un lado, pensar en la que aporta la reflexión sobre el territorio desde las estructuras (como propone, por ejemplo, Silveira, 2008) y desde los agentes (como propone, por ejemplo, Manzanal, 2011). Y en lo concreto podemos pensar múltiples escalas partiendo del cuerpo de la mujer como un territorio (de múltiples intervenciones médicas y socioculturales)⁵, el parto mismo como una situación espacial en la que confluyen distintos sujetos, intereses y acciones, el lugar del nacimiento propiamente dicho (y allí podemos pensar si es en el hogar o en una institución hospitalaria –y dentro de esta si es pública o privada, si es en la habitación común o en la sala de parto–) y se suman el nivel local, regional, nacional y global como dimensiones de análisis escalares.

Siguiendo las propuestas de Blanco (2007) y Ruy Moreira (2008) de análisis geográfico del territorio, podemos pensar la articulación de actores y de escalas que se dan en torno a los lugares del parto: decisiones, intereses y procesos en distintos niveles de análisis espaciales multiescalares (no círculos concéntricos) junto a la extensión de acciones y de relaciones. Asimismo podemos analizar las tensiones y las contradicciones que se dan en torno a un conjunto de dualismos: unidad-diversidad, nuevo-viejo, global-local, interno-externo, centralidad-alteridad, público-privado, que están estrechamente vinculados al dualismo que nos concierne: casa-hospital. Por último, de este esquema podemos retomar la dimensión de la fijación y de la movilidad de las redes, dado que al interior de cada lugar del parto se estructuran relaciones caracterizadas por sus jerarquías, nodos, densidad, centralidad, operación y control, que permiten dar cuenta de las conexiones, vinculaciones, circulación y comunicación.

En relación con lo anterior, elegimos para el objetivo de este trabajo, retomar aportes de algunos textos específicos de la perspectiva geográfica⁶. En primer lugar, el trabajo de Fernandes Mançano (2005) es fundamental ya que aporta marcos conceptuales para pensar los lugares del parto en su multiplicidad: “el espacio es *multidimensional, pluriescalar o multiescalar, en intenso proceso de completibilidad, conflictualidad e interacción*” (Fernandes Mançano, 2005, 2, cursivas del original). La intencionalidad, como clave de interpretación de las espacialidades, permite pensar la instauración (político, científico, ideológica, económica, cultural) de distintos espacios como territorios del parto, en tanto

el territorio es el espacio apropiado por una determinada relación social que lo produce y lo mantiene a partir de una forma de poder (...) es, al mismo tiempo, una convención y una confrontación (Fernandes Mançano, 2005, 3).

Estos territorios que se constituyen por la expansión de relaciones de poder pueden ser territorialidades locales simples como un hospital (él mismo pone el ejemplo), ya que su espacio es utilizado únicamente para su fin propio. Finalmente, un aporte fundamental y que nos lleva a hacernos preguntas más profundas sobre las espacialidades del parto tiene que ver con el concepto de “territorialidades dislocadas”, definidas como “las reproducciones de acciones, relaciones o expresiones propias de un territorio, pero que se dan en otros territorios” (Fernández Mançano, 2005, 6). ¿Acaso el parto en el hospital no es la dislocación de un hecho natural, fisiológico, no médico? ¿Y el parto en casa actual, la vuelta al hogar, no es significado socialmente como una dislocación del lugar “normal”, naturalizado, sanitario, para nacer?

En segundo lugar, la perspectiva de Manzanal (2011) es sumamente relevante por su articulación entre los conceptos de poder, dominación y estrategias bourdianas aplicados al análisis territorial. Recordemos que el desplazamiento del parto desde el hogar hacia el hospital se dio en nuestro país (como en muchos otros) como resultados de una política higienista de principios del siglo XX y que, en tal sentido la constitución de *la idea de la necesidad* de que los nacimientos se produzcan en instituciones sanitarias, responde claramente a una estrategia político-médica-científica:

Las “estrategias” del sector o grupo que ejerce la dominación en un ámbito determinado conforman un bloque de acciones y propuestas (sea de mediano o largo plazo) que generalmente suelen no explicitarse, como tampoco los respectivos objetivos. Si no fuera así las acciones vinculadas con la consolidación del poder y de la dominación carecerían de aprobación, de legitimación, por parte del resto de la población, del sector dominado. Surgen de este modo diferentes modalidades de simulación u ocultamiento (...) que son una consecuencia de complejos mecanismos institucionales. Se difunden o utilizan ideas, términos y expresiones eufemizadas que constituyen una simulación o enmascaramiento de los objetivos y estrategias de los sectores hegemónicos; único modo para que logren viabilidad y sean legitimados por la población en general (Manzanal, 2011, 76).

Poniendo el énfasis en la centralidad del marco institucional para la (re)producción y legitimación de modos de dominación hegemónicos, Manzanal aporta claves para pensar mediante qué mecanismos el emplazamiento del hospital como lugar “estandarizado” del parto se constituyó en normalidad. En ese sentido, cita a Santos para considerar la opción de emplazamientos contrahegemónicos y, en este caso, el parto domiciliario como alternativa.

Frente a este accionar de los sectores dominantes, aparecen en los ámbitos locales otras estrategias enfrentándose a las prácticas hegemónicas (Santos, 1996, 123-130). Las mismas son promovidas por acciones de grupos locales o por sus organizaciones con otras modalidades de expresión de sus fortalezas y debilidades (Manzanal, 2001, 76). [Unificar la forma de la referencia (Autor, año, página)]

Sobre estas estrategias que se enfrentan a las prácticas hegemónicas, en la ciudad de La Plata hay varias asociaciones civiles que luchan y demandan por el derecho a elegir dónde, cómo y con quién parir. Esto se conecta con el tercer trabajo retomado aquí (Pirez: 1995), que sostiene que la ciudad es producida por quienes producen sus componentes materiales y funcionales e identifica allí a actores, vinculados por ejemplo a los servicios, que producen la ciudad “en forma autónoma o en alguna asociación con actores gubernamentales o mercantiles” (Pirez, 1995, 9). Existen en nuestra ciudad ONG que demandan los derechos mencionados, así como otras (en muchos casos las mismas) que se encargan de ofrecer asesoramiento y servicios para que los modos de parir efectivamente salgan del modelo medicalizado.

El enfoque de Pirez (1995) permite situar nuestro problema en la localidad y pensar lo local como la expresión del fenómeno global en una ciudad, con conceptos como la *sociedad local* y la *pertenencia territorial intralocal*. El mayor aporte es su idea de una lógica del conocimiento (científico, técnico, ideológico) que determina vinculaciones diferentes con la ciudad. Marca una relación de subordinación de esta lógica con las otras tres claves en el proceso territorial local (la de obtención de ganancias, la de política y la de necesidad) en tanto los actores del conocimiento, ubicados en tres polos sociales distintos (académico, gubernamental y técnico-privado), no toman decisiones con autonomía, sino que “contribuyen a las decisiones de los anteriores y, en tal sentido, introducen

perspectivas que forman parte de esas decisiones” (Pirez, 1995, 10). En este sentido, la corporación médica ha incidido fundamentalmente en la hospitalización de los nacimientos a través del conocimiento científico vinculado a la acción para el descenso de las tasas de mortalidad infantil de principios de 1900 y, en tal sentido, ha contribuido a la elaboración de políticas de ordenamiento y planificación territorial locales. Esto es visible en la constitución de circuitos de atención al parto que interpelan a la ciudad como tal en tanto incluyen desde la búsqueda de obstetras hasta de instituciones sanitarias o la opción del parto domiciliario, mediado por condiciones macro y micro sociales (ingresos, obra social, lugar de residencia, capitales culturales y sociales, etc.

Parir en casa, parir en el hospital

Si postulamos que la multiescalaridad es un aspecto clave en el análisis de los lugares del parto, un modo de abordarlos puede ser al nivel de los servicios de salud nacionales. En este sentido, el trabajo de Ecuriet y otros (2014)–ya entrando en los estudios específicos de la temática– parte, al igual que nosotros, de plantear la relación entre la progresiva medicalización del proceso de nacimiento y la institucionalización y hospitalización de su atención, en la mayoría de los países industrializados. Se propone describir diferentes modelos organizativos y de atención al parto en países seleccionados por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) e identificar variaciones en la estructura organizativa de dichos modelos. El basamento teórico es de aporte significativo porque sostiene que existen diferencias tanto en el modelo de atención como en el tipo de organización de los servicios de atención a la maternidad entre los distintos países y entidades proveedoras de servicios sanitarios, y por ello se pueden advertir diferencias en el uso de intervenciones para la atención al parto y a sus resultados.

Retomamos este estudio porque trabaja con la noción de localizaciones de la atención del parto y es una llave que permite conectar lo analizado en clave geográfica y los textos específicos del estado de la cuestión de nuestra investigación. Estos autores sostienen que

pueden diferenciarse tres tipos de localizaciones para la atención al parto: la localización hospitalaria, con espacios dotados para atender situaciones complejas y espacios adecuados para una atención al parto normal, que pueden funcionar como unidades separadas; en segundo lugar un tipo de localización separada del hospital, con la infraestructura necesaria para atender a mujeres sin riesgos obstétricos, y en tercer lugar, la localización domiciliaria, en la que los profesionales se desplazan al domicilio de la mujer para atender el parto (Ecuriet y otros, 2014, 68).

Se trata, entonces, de pensar la localización hospitalaria y la domiciliaria como extremos, encontrando grises en otro tipo de localizaciones, como son casas de parto y de maternidad. La funcionalidad hegemónica de estos tres tipos se vincula con el momento del proceso de embarazo-parto-puerperio que atraviesen las mujeres, dado que el trabajo observa que la localización no hospitalaria es protagonista durante la atención del embarazo “mientras que para la atención al parto

existen diferentes opciones sobre los tipos de localización y de atención que, en algunos casos, pueden ser elegidos por las mujeres” (Escuriet y otros, 2014, 63). Además, la localización influye en el cuerpo de profesionales (y no profesionales, agregamos) implicado en la atención, que incluye parteras, gineco-obstetras, médicos generalistas, enfermeros, doulas, matronas y otros.

De este modo se entretajan la escala de los servicios de atención (hospital o nivel secundario de atención, salitas o atención primaria de la salud y domicilio) y la escala nacional. El trabajo analiza, específicamente, cómo se da esta situación en Australia, Holanda, Irlanda, Francia, España y Canadá. Contribuye, además, porque la atención del parto en estos últimos tres países es similar a la que se da en la Argentina, que es un nivel escalar que incluye a la ciudad que estudiamos particularmente⁷.

Ahora bien, el nivel escalar de las localizaciones así entendidas es el eje de este trabajo. Con parir en casa o parir en el hospital nos referimos a dos tendencias diferentes y reconocemos, siempre, la existencia de contextos medios que conviven y se entrelazan. A los fines prácticos de la presentación, describiremos algunos aspectos del nacimiento en hospital, retomaremos un trabajo que compara ambas opciones y luego caracterizaremos el parto domiciliario como una tendencia que resurge.

De lugares hegemónicos: parir en el hospital

Como mencionábamos en la introducción, dos ocurrencias históricas modificaron la atención del parto en el proceso de su medicalización: la profesionalización de las parteras y la entrada de los médicos a escena, y la hospitalización de la atención. Los estudios que se ocuparon de esta segunda ocurrencia destacan, principalmente, la problematización del nacimiento en un lugar de enfermedad (Camacaro Cuevas, 2009), el auge de la medicina perinatal, la consolidación del control, medicación y regulación del trabajo de parto (Arguedas Ramírez, 2014), la posibilidad de pensar la sala de parto y el consultorio ginecológico como una institución total en términos de Goffman anclada en el control del tiempo, los ritmos, los movimientos y la imposición de decisiones médicas frente a mujeres y a cuerpos dóciles. En síntesis, los estudios han concluido que se impone un dominio absoluto del proceso por parte del aparato médico con la consiguiente desposesión del control de la mujer sobre su propio cuerpo (Arnau Sánchez y otros, 2012) y del grupo familiar sobre el hecho del nacimiento de un nuevo miembro (Larguía, 2000).

Sobre esta localización, Blázquez Rodríguez (2008), a propósito de la descripción de los lugares donde realizó su etnografía, detalla los sitios del parto en vinculación con el momento del proceso de maternidad que atraviesa la mujer:

En el embarazo: en las consultas de seguimiento de los dos centros de especialidades y de los hospitales y en las consultas de atención primaria llevadas por las matronas junto con los cursos de preparación al parto en cuatro centros de salud. En el parto: en los servicios de urgencias y paritorio de los dos hospitales. En el puerperio: en las plantas de hospitalización,

en las consultas y cursos en atención primaria llevadas por las matronas (Blázquez Rodríguez, 2008, 20).

Lo que define la localización hospitalaria y sanitaria (porque podemos incluir aquí los primeros niveles de atención que se dan en salitas y en unidades sanitarias) es la ejecución de prácticas de intervención rutinarias⁸ advertibles, por ejemplo, en la atención del parto, que implican una serie de mecanismos de desautorización de la parturienta (Sadler, 2004) y de poder simbólico relativo a la mujer (Fornes, 2009).

Figura 1. Esquema que resume la propuesta de Sadler (2004)



Fuente: Tomado de Sadler (2004)

Tabla 1. Tabla que resume la argumentación de Fornes (2009)

Prácticas de rutina (ritos)	Poder simbólico relativo a la mujer
Rasurado pélvico	Infantilización
Inmovilización en silla de ruedas	Incapacidad
Reposo en camilla para el trabajo de parto	Enfermedad
Despojo de pertenencias y personas de su confianza	Aislamiento/Confinamiento
Posición de litotomía durante el parto	Sujeción/Sumisión
Incisiones (episiotomía o cesárea)	Marcas que inscriben las reglas socialmente establecidas

Fuente: Fornes (2009), sobre la base de Davis-Floyds (1994)

Estos cuadros, sistematizados y creados por estudiosos en el tema, muestran las implicancias simbólicas de las localizaciones de la atención del parto (en especial el hospital) y explican por qué analizar los lugares del parto es una clave para entender cuáles son las experiencias y las percepciones sobre la atención médica del proceso de nacimiento.

Asimismo, es necesario tener en cuenta que para pensar y analizar la localización hospitalaria, debemos situarla en el marco de un sistema de salud que imprime particularidades de importancia. En el caso argentino, el sistema sanitario se encuentra fragmentado en tres subsistemas (público, de seguridad social y privado), y el acceso a estos está mediado por factores como la clase, la localización geográfica general, el empleo y la tenencia de obra social, etc. Estos subsistemas, a la vez que condicionan la calidad y el tipo de atención, determinan los profesionales que asistirán los procesos de partos y su elección (en muchos casos, la elección del obstetra o de la partera está sujeto a las plantillas de las obras sociales y medicinas prepagas).

Atravesamientos simbólicos, materiales, socioeconómicos, culturales, políticos y de clase son fundamentales para pensar lo que implica parir en el hospital o parir en casa.

De localizaciones que se cruzan: comparaciones entre los lugares del parto

Para dar cuenta de una posible comparación entre ambas localizaciones, retomamos a Méndez González y Cervera Montejano (2002), quienes analizan algunas diferencias entre los que llama *sistema hospitalario* y *sistema tradicional* de atención al parto; en su descripción sobre las acciones que se llevan a cabo en cada uno se destacan los elementos fundamentales que los caracterizan. Sostienen que la atención hospitalaria del parto, como veníamos describiendo, comienza con un interrogatorio general y con una exploración física hechos en el servicio de admisión, como exámenes de laboratorio, traslado de las mujeres a la sala de labor (donde se las provee de una bata del hospital) y su permanencia acostadas, durante la cual son afectadas por distintas prácticas: rasurado, vía parental, enema, anestesia epidural y oxitócicos. Un nuevo traslado a la

sala de expulsión, donde, en una mesa de puntos, se les colocó en posición de litotomía haciéndoseles antisepsia de la región perineal, episiotomía y, en el posparto, revisión de la placenta. El parto fue atendido por médicos internos de pregrado, generales y ginecobstetras (Méndez González y Cervera Montejano, 2002, 132).

Por otro lado, las acciones del sistema tradicional se encarnan en partos atendidos en las viviendas de las mujeres; en hamacas; el arribo de la partera se da cuando la mujer presenta los dolores de parto y son habituales caminatas y masajes para estimular las contracciones uterinas. El parto ocurre en la hamaca, con la asistencia del esposo y otro familiar y, en algunos casos, con la realización de “antisepsia de la región perineal y ruptura de la bolsa amniótica, prácticas aprendidas por las parteras” (Méndez González y Cervera Montejano, 2002, 132).

El aporte principal de este estudio tiene que ver con los resultados a los que arriba (sustentados estadísticamente): existen complicaciones en ambos sistemas vinculadas a los procedimientos y a los recursos utilizados: en el hospitalario son dificultades maternas y en el tradicional hay más complicaciones neonatales.

En el sistema hospitalario, las deficiencias pueden relacionarse con la falta de entrenamiento adecuado del personal y al uso indiscriminado de recursos y tecnologías médicas, y en el sistema tradicional, a la carencia de recursos mínimos indispensables, a la falta de capacitación o de calidad de la misma (Méndez González y Cervera Montejano, 2002, 134).

No olvidemos que la relación entre ambas tendencias está en el centro de disputas políticas entre colectivos de distinta procedencia y organismos oficiales, por lo que tal conclusión es clave para profundizar aún más dicho debate. De todos modos, como sostiene García Fernández (2014), “la posibilidad real de elegir [dónde parir] está dada por el acceso a recursos materiales y simbólicos a los que no siempre tienen acceso todas las mujeres” (García Fernández, 2014, 3)⁹.

De alternativas a la hegemonía: parir en casa

Presentada, entonces, la localización hospitalaria y su comparación con la domiciliaria, nos reservamos unas últimas observaciones sobre lo que implica, en el marco de la dicotomía público-privado (y ahí volvemos a la multiescalaridad del parto), el parto en casa. Fornes (2010) va por este carril al sostener que

Optar por un parto en casa, en forma “privada”, para escapar de este tipo de violencia de género desde el ámbito institucional. A pesar de que esta *alternativa* expresaría una vuelta a lo *doméstico* (Fornes, 2009), ya que la mujer para huir de la violencia se recluye en el ámbito que le es asignado tradicionalmente la cadena de experiencias y deliberaciones que recorre traducen en acción política algo que nace de una decisión privada. De este modo, para sentirse sujeta de derechos humanos, respetada en su integridad física y su dignidad moral, debe correrse del espacio público-institucional que debería garantizárselo. Por lo tanto su vida privada, *puertas adentro*, se traduce en una acción política que está denunciando la exclusión de garantías públicas a sus derechos, basadas en el género como desigualdad social (Fornes, 2010, 142).

Se refiere, entonces, a las formas de violencia obstétrica que se han naturalizado en la atención hospitalaria de partos y que llevan a la elección del hogar como ámbito de nacimiento, porque garantizaría “la intimidad, la libertad de movimiento, la elección libre de las parteras u otras formas de acompañamiento del parto, la autonomía y el poder de parir, la valoración de lo natural respecto a lo tecnológico, incluso la glorificación del dolor como verdadero rito de pasaje”. Esta dicotomía público-privado, entonces, no sólo se vincula a la vuelta al hogar (lo privado) para parir fuera de contextos de violencia institucional, sino que tiene una vuelta de tuerca más que implica el retorno a la arena pública en la acción junto a otras mujeres por la búsqueda de partos respetados (Fornes, 2010).

Los nexos entre ambas localizaciones implican, por tanto, no sólo la idea del retorno del hospital al hogar luego de malas experiencias, sino un contraentrecruzamiento que ocurre cuando el parto en casa se complica y exige un traslado a una institución sanitaria. Ambas situaciones implican movilizaciones de recursos y de poder que determinan la experiencia del parto y del nacimiento. En el hospital la mujer va al médico, en el hogar el médico viene a la mujer.

De estos trabajos brevemente recorridos se puede concluir que el lugar del parto y de su atención (sea elegido o impuesto) condiciona, determina, influye, implica y motoriza posiciones diferentes de autonomía, compañía, profesional que asiste/atende, complicaciones posibles, posición para parir y atención del neonato, entre otros. La llegada a uno y a otro lugar se ve impulsada, a su vez, por diferenciales de recursos, experiencias, momentos del proceso de embarazo, de parto y de puerperio.

Sobre la experiencia platense de las localizaciones

Para finalizar, presentamos un cuadro construido sobre la base de dos tipos ideales de localización, en el que, a partir de la revisión bibliográfica del tema y del análisis de relatos de partos escritos por mujeres platenses¹⁰, se enumeran los aspectos generales de dichos lugares del parto. El objetivo es mostrar cómo se caracterizan y experimentan estos lugares que hemos analizado multiescalarmente, en el nivel concreto del municipio. Las variables de diferenciación se concentran, principalmente, en el manejo de técnicas, en las reglas y en el control de tiempos que se dan en cada uno, en el control (o no) de olores, música, ruidos, en la relación médico-paciente que se construye y que implica una negociación en situaciones asimétricas de poder y, a su vez, en las dinámicas de legalidad/ilegalidad y legitimidad/ilegitimidad que implica cada una de las espacialidades del parto a nivel colectivo, institucional, cultural, económico y político.

Tabla 2. Tabla comparativa sobre el parto en casa y parto hospitalario.

	CASA (domiciliario)	HOSPITAL (institucionalizado)
<i>Protagonistas</i>	Mujer- Familia	Corporación médica - Estado
<i>Principales mecanismos de poder</i>	Empoderamiento femenino, familiar y social	Mecanismos de desautorización de la mujer-padre / saber-poder médico científico
<i>Principales saberes desplegados</i>	Saber popular/lego	Saber científico
<i>Ámbito de acción</i>	Privado	Público
<i>Enfoque de atención</i>	Enfoque fisiológico	Enfoque del riesgo / patología
<i>Tipo de binomio madre-hijo buscado</i>	Apego	Separación del neonato
<i>Alternativas de tipo de parto</i>	Parto vaginal o traslado (decisión conjunta)	Parto vaginal o cesárea (decisión médica)
<i>Control del propio cuerpo</i>	Libertad de movimientos	Control y represión del cuerpo y de la sexualidad del parto por médicos. Atadas. Fuerza (pujo).
<i>Significación de la localización</i>	“Mi” lugar	“El” lugar
<i>Derecho a la intimidad</i>	Intimidad. Elección de participación o no de otros.	Compartir habitación con otras mujeres. Libre tránsito de profesionales y personal.

<i>Tiempo de embarazo</i>	Esperar al bebé (respeto de tiempos fisiológicos).	Límite de semanas de gestación
<i>Aprendizajes prenatales</i>	Tribu de mujeres gestantes y madres	Curso de parto - preparación para la maternidad.
<i>Tipo de trato médico a mujer-madre</i>	Trato personalizado	Trato estandarizado
<i>Criterio en uso de técnicas</i>	Técnicas “necesarias”	Técnicas de rutina: inducción, <i>kristeller</i> , episiotomía, epidural, oxitocina
<i>Transmisión y aprendizaje</i>	Aprendizaje social y colectivo, experiencial.	Hospital Escuela
<i>Compañía de la parturienta</i>	Acompañamiento (con persona/s de su elección)	Soledad
<i>Posición para el parto</i>	Libre elección de posición para parir	Litotomía: acostadas
<i>Corte del cordón umbilical</i>	Corte tardío del cordón	Corte temprano del cordón
<i>Funcionalidad de las localizaciones</i>	Espacios del hogar polifuncionales	Salas diferenciadas: pre y posparto, expulsivo.

Fuentes: Elaboración propia sobre la base de relatos de parto de mujeres platenses

La idea del cuadro es mostrar la variedad de implicancias que supone, en la experiencia de la atención del proceso de embarazo, parto y puerperio en mujeres-madres platenses, el lugar en que se da. De ahí la relevancia, que marca este trabajo, de abordar la espacialidad del parto.

Reflexiones finales

El objetivo del trabajo aquí narrado ha sido generar algunas preguntas con los ejes de un acercamiento incipiente a aportes de la disciplina geográfica a nuestro objeto de estudio; esto es, preguntarle al problema de la atención médica del proceso de parto por los lugares en que ocurre y si éstos tienen implicancias significativas. Dichos interrogantes han generado un abanico de respuestas que han otorgado relevancia a la perspectiva y, a su vez, han abierto más preguntas que serán de especial interés para la profundización de la investigación a la que referimos. ¿Cuál es la espacialidad de la atención del parto en La Plata y cómo se desarrolla? (a propósito de localizaciones hospitalarias, de primer nivel de atención, domiciliarias). ¿Qué variables inciden en su elección o imposición? ¿Clase social, lugar de procedencia, nivel educativo? ¿Cuáles son las diferencias de la intervención médica y de la relación médico-paciente en cada una de ellas? ¿Qué sostenes médico-científicos e ideológicos construyen las *corporaciones médicas* (y otros actores sociales con poder) para *naturalizar* la hospitalización de la atención del parto? ¿Cuáles las características específicas de la experiencia de mujeres-madres, varones-padres y profesionales de la salud en cada una? ¿De qué modos el Estado, a través de políticas públicas, normativas y acciones, aporta a la hegemonización de alguna de las localizaciones?¹¹ ¿Qué rol cumplen las ONG locales en el cuestionamiento a dichas hegemonías espaciales de atención al parto? ¿Cómo son las dinámicas de saber-poder en cada espacialidad y de qué modo la condicionan y son condicionadas por ella?

En particular, aquí se han construido dos tipos ideales alrededor de la intervención hospitalaria o institucionalizada y del parto domiciliario con miras a representar de qué modo estos dos lugares/localizaciones implican dos paradigmas diversos de atención del proceso de nacimiento que, como consecuencia, implican una heterogeneidad de experiencias y significaciones de la IMPP.

Notas

[1](#) Esta es una versión revisada, ampliada y mejorada de un trabajo final del seminario “Territorio y sociedad” en el marco del Doctorado en Ciencias Sociales de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la UNLP.

[2](#) Esta línea de investigación forma parte de dos proyectos acreditados, ambos radicados en CIMeCS, unidad de investigación del IdIHCS (UNLP / CONICET) de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la UNLP. En primer lugar, un proyecto general sobre políticas sociales, género y pobreza dirigido por las Dras. Susana Ortale y Amalia Eguía, incorporado al Programa de Incentivos a la Investigación del Ministerio de Educación de la Nación y apoyado por el CONICET. En segundo lugar, del proyecto PPID H-008 “Proceso salud-enfermedad-atención desde una perspectiva de género” dirigido por la Mag. Licia Pagnamento.

[3](#) En la investigación doctoral en desarrollo se busca describir, analizar y problematizar las experiencias, los sentidos y las prácticas asociados a las intervenciones médicas en el proceso de embarazo, parto y puerperio (en tanto etapas del proceso de parto/nacimiento), y recuperar así la perspectiva de mujeres-madres, varones-padres y profesionales de la salud para conocer de qué modos se construyen, resisten y re-producen los modos de parir / nacer institucionalizados en la actualidad. Se propone como recorte espacial la ciudad de La Plata y como recorte temporal el decenio que se inicia en 2004 con la sanción de la ley 25.929, que busca reconfigurar la atención médica de partos hacia un paradigma del respeto de derechos humanos, y que termina en estos días.

[4](#) “La institucionalización más que una decisión médica o científica fue deliberadamente política dado que el cuerpo de la mujer se constituyó bajo la vigilancia de un Estado preocupado por la denatalidad y la degeneración de la raza. La institucionalización del parto estableció jerarquías de roles y saberes entre parteras y obstetras marcando una diferenciación de espacios y recluyendo en la clandestinidad a las prácticas tradicionales. El desplazamiento-subordinación de las mujeres no se concentraba sólo en las (futuras) madres sino en las parteras, ya que éstas no sólo se ocupan de atender partos sino también de practicar los abortos, método con el que las mujeres regularon principalmente su natalidad hasta mediados del siglo XX. La maternidad se constituyó en un dominio por excelencia de la biopolítica (Foucault, 1976) quedando situada entre la disciplina del cuerpo y la regulación de la población” (Fornes, 2011, 136).

[5](#) “Pocos territorios han dado lugar a debates y controversias como el del cuerpo de la mujer embarazada. Alternado y conflictivamente naturalizado, disciplinado y politizado, este escenario ha seguido un derrotero de luchas por dejar de ser objeto de cuidados y constituirse en sujeto de derechos” (Fornes, 2011, 135).

[6](#) Dicho recorte se ancla a los textos trabajados durante el seminario mencionado y a una selección de conceptos y de categorías analíticas fructíferas para el análisis aquí propuesto. No se descarta que en la amplia gama de literatura de la disciplina geográfica puedan existir enfoques no tenidos en cuenta aquí y que será posible incorporar en sucesivas problematizaciones.

[7](#) Nos referimos a la descentralización de la organización y de la planificación de los servicios de salud a niveles locales y provinciales, al seguimiento del embarazo de bajo riesgo en unidades de atención primaria, a la oferta de curso de preparto por parteras, a la no-financiación ni contemplación por parte del sistema público de salud del parto domiciliario, entre otras características que comparten los modelos francés, español y canadiense con el argentino.

8 “Tal es el caso de la posición de litotomía que se utiliza por comodidad del médico, no obstante que favorece la aparición de desgarros perineales, además de tener efectos negativos sobre la ventilación pulmonar y la presión sanguínea de la madre; el rasurado del vello púbico que puede incrementar el riesgo de infección al producirse pequeñas laceraciones; la aplicación de enema, a pesar de que la expulsión de materia fecal durante el parto no aumenta la tasa de infecciones y de que no las previene; la administración de solución glucosada por vía parenteral, que puede reducir la tolerancia al dolor; la inducción y conducción química del parto que puede ocasionar hiperestimulación con alteraciones fetales por anoxia, hemorragia intracraneal, espasmos uterinos con posible separación prematura de la placenta, laceraciones del canal del parto y ruptura uterina; la episiotomía, aunque no previene desgarros, no es más fácil de reparar que éstos, no mejora la función de los músculos perineales y, además, puede producir laceraciones severas, dispareunia y pérdida sanguínea” (Méndez González y Cervera Montejano, 2002, 130).

9 Lo mismo sostienen los autores antes reseñados cuando afirman que “las características socioeconómicas, así como el lugar de procedencia, fueron compatibles con el sistema de atención al que recurrieron” (Méndez González y Cervera Montejano, 2002, 131).

10 En los últimos años, a raíz de los movimientos de concientización y visibilización de la violencia obstétrica, han surgido en redes sociales y páginas de Internet varios espacios de difusión de relatos de mujeres-madres que narran sus experiencias de parto –positivas y negativas–. Aquí retomamos una página de Facebook dedicada a mujeres de la ciudad en la que, a partir de la lectura de una veintena de relatos, construimos las primeras pistas de cómo se experimentan y conciben los lugares del parto en La Plata en la actualidad.

11 Por ejemplo, actualmente existe un debate sobre las incumbencias de las parteras que pugna por quitar el domicilio como ámbito de ejercicio profesional, lo que ha llevado a movilizaciones de distintos actores de la sociedad civil bajo el lema “Por el derecho a elegir dónde, cómo y con quién parir”.

Referencias bibliográficas

Arguedaz Ramírez, G. (2014) La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*, Vol. 11, N° 1, Enero-Junio, pp. 155-180.

Arnau Sánchez J. y otros (2012) Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área I de salud de la región de Murcia. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, 7 (Mayo-Agosto), pp. 226-247

Camacaro Cuevas, M. (2008) La construcción discursiva médico-obstétrica en el proceso reproductivo de las mujeres. *Revista Ensayo y error*, Año XVII, n° 35., pp. 95-115.

Camacaro Cuevas, M. (2009) Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico. Improntas de la praxis obstétrica. *Revista Venezolana de Estudios de La Mujer*, Enero/Junio, Vol. 14 / N° 32, pp. 147-162.

Castrillo, B. (2014) “Un recorrido por los modos de estudiar intervención médica en el parto”. I Jornadas de Género y Diversidad Sexual, Área de Género y Diversidad Sexual, Facultad de Trabajo Social de la UNLP. 24 y 25 de Octubre 2014.

Escuriel y otros (2014) La atención al parto en diferentes países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). *Revista Matronas Profesión*, 15(2), pp. 62-70.

FernandesMançano, B. (2005) “Movimientos socioterritoriales y movimientos socioespaciales”. OSAL N°16, Buenos Aires.

Fornes, L. (2009) "Cuerpos, cicatrices y poder: una mirada antropológica sobre la violencia de género en el parto". I Congreso Interdisciplinario sobre Género y Sociedad, Universidad Nacional de Córdoba.

Fornes, L. (2010) "Entre el instinto y el derecho. Representaciones de la maternidad en la humanización del parto". VI Jornadas de Antropología Social, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.

GarcíaFernández, T. (2014) "De la palabra a la carne, cuerpo femenino y maternidad". I Jornadas de Género y Diversidad Sexual, Área de Género y Diversidad Sexual, Facultad de Trabajo Social de la UNLP. 24 y 25 de octubre 2014.

Jori, G. (2013) El estudio de la salud y la enfermedad desde una perspectiva geográfica: temas, enfoques y métodos. *Biblio 3w: revista bibliográfica de geografía y ciencias sociales*. Recuperado de <http://www.ub.edu/geocrit/b3w-1029.htm>

Larguía, M., (2000) Proyecto maternidades centradas en la familia. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*. 2000, 19, pp. 177-189

Lefebvre, H. (1991) *The production of space*. Blackwell: Oxford.

Manzanal, M. y otros (2011) Poder y conflicto en territorios del norte argentino. *Estudios Socioterritoriales. Revista de Geografía*. N° 9, ene-jun 2011, 57-81.

Méndez González, R. M.y Cervera Montejano, M. D. (2002) Comparación de la atención del parto normal en los sistemas hospitalario y tradicional. *Salud pública Méx* [online]. 2002, vol.44, n° 2, pp. 129-136.

Nari, M. M. (2004) *Políticas de maternidad y maternalismo político: Buenos Aires, 1890-1940*. Buenos Aires: Biblos.

Pickenhayn, J. A. (1999) Fundamentos teóricos de la geografía de la salud. *Departamento de Geografía, San Miguel de Tucumán, Universidad Nacional de Tucumán*, 5, 5, pp. 45-59.

Pírez, P., (1995) Actores sociales y gestión de la ciudad. *Ciudades*, N° 28, RNIU, pp. 8-14.

Raffestin, C. (1993) *Por uma geografia do poder*. San Pablo: Ática.

Ramírez, M. L. (2004). La moderna geografía de la salud y las tecnologías de la información geográfica. *Revista Investigaciones Ensayos Geográficos*, 4, 53-64.

Rojas, L. I. (1998) Geografía y salud: temas y perspectivas en América Latina *Cad. Saúde Pública*, 14(4), 701-711.

Sadler, M. (2004) "Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalario". En Sadler, M., Acuña, M.E. y Obach, F., *Nacer, Educar, Sanar; Miradas desde la Antropología del Género*. Santiago de Chile: Catalonia, pp. 15-66. Colección Género, Cultura y Sociedad, Cátedra UNESCO Género.

Santos, M. (1997). *Metamorfosis del espacio habitado*. San Pablo: Hucitec.

Silveira, M. L. (2008) Los territorios corporativos de la globalización. *Geograficando*. Año 3, N° 3. Departamento de Geografía. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. UNLP, pp. 13-26.